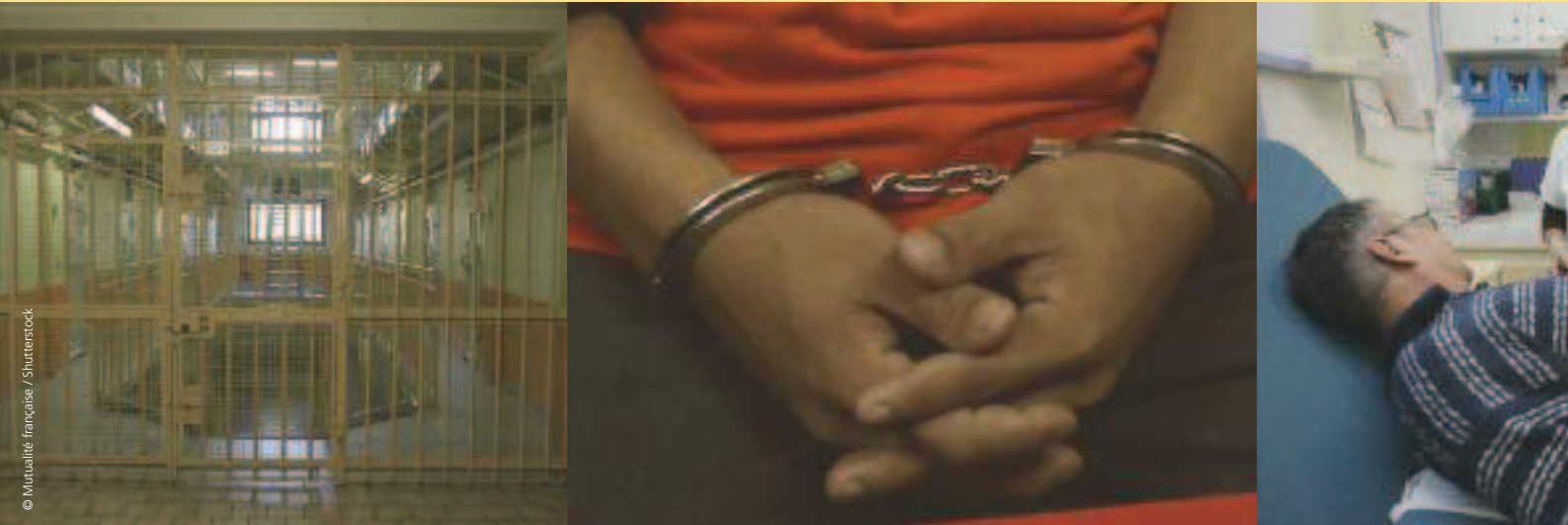


SANTÉ EN PRISON

Le scandale continue

L'accès aux soins en prison ne cesse de se dégrader. En cause: la politique gouvernementale privilégiant à la fois le tout sécuritaire et la détérioration de l'hôpital public. Médecins, associations, surveillants font un constat unanime: la surpopulation, le manque de gardiens, l'insuffisance d'hygiène et d'activités, le nombre toujours croissant de malades psychiatriques en prison, une organisation des soins défailante empêchent un accès aux soins correct pour les 60 à 65 000 détenus. Depuis plusieurs années, la France est pointée du doigt par les instances européennes pour les conditions de vie «inacceptables» infligées aux détenus. Sans grand effet. Du point de vue de l'auteur du rapport sur la prévention du suicide en prison, Louis Albrand, il faut humaniser les prisons et rompre l'isolement social. Il appelle à la tenue d'états généraux de la prison.



A fin septembre 2010, 100 suicides s'étaient déjà produits dans les prisons françaises. Ce chiffre pourrait atteindre 140 à la fin de l'année. 25 % des détenus souffrent d'un médecin spécialiste. La nuit, les gardiens ne détiennent pas les clés des cellules. Le temps d'intervention en cas de malaise d'un prisonnier est tellement long

Des sollicitations que nous recevons des détenus, plus de la moitié concernent leur santé», témoigne François Bès, chargé des questions de santé à la section française de l'Observatoire international des prisons (OIP).

D'abord, l'enfermement est en lui-même source de détérioration des sens, de problèmes psychiatriques et de pathologies d'ordre psychosomatique, notamment dermatologiques et digestives. Cette dégradation rapide de l'état de santé, à laquelle s'ajoute fréquemment l'arrêt des règles pour les femmes, accélère les dépressions. La garde des Sceaux, Michèle Alliot Marie, avançait en mai dernier le chiffre de 55 % des détenus présentant des troubles psychiques plus ou moins importants.

Ensuite, la vétusté de nombreuses prisons, le manque d'hygiène et la surpopulation, qui touchent davantage les maisons d'arrêt (conçues en principe pour la détention préventive et les courtes peines) que les centrales et les centres de détention, exposent les détenus à des affections particulières. Pour finir, les prisons accueillent souvent des personnes déjà désocialisées. « Beaucoup avaient aussi un problème d'accès aux soins à l'extérieur, explique Céline Verzeletti, secrétaire générale de la CGT Pénitentiaire (UGSP-CGT). Elles ont donc des besoins importants. Or, la prison a aussi un rôle de réinsertion et de préparation à la sortie. »

Les problèmes dentaires ou les maladies sans symptômes évidents, comme le diabète, demandent ainsi une réponse de l'administration pénitentiaire.

Un détenu ne verra parfois son psy que 5 minutes tous les 15 jours. Or 25 % des détenus souffrent de troubles psychiatriques sérieux.

Même si l'on manque de statistiques sur la santé en prison, on estime que 25 % des détenus souffrent de troubles psychiatriques sérieux, qui bien souvent les ont conduits en prison. En partie parce que la prise en charge de la maladie mentale en France se détériore, mais aussi parce que les tribunaux ne retiennent

presque plus l'irresponsabilité des psychotiques et les envoient en prison plutôt qu'en hôpital psychiatrique.

Moins de psychiatre, plus de prison

« Ces détenus peinent à s'adapter, témoigne Céline Verzeletti. Ils sont rejetés par le collectif, ont du mal à respecter les règles et finissent assez souvent en quartier disciplinaire ou à l'isolement. Cela entraîne une dégradation certaine de leur état psychique. » Et donc de forts risques de récidive à la sortie, voire au sein même de la prison, avec de nouvelles condamnations qui rallongent leur peine. Si l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 prévoit que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population »,

www.oip.org

www.prison.eu.org



nt de troubles psychiatriques, soit 15 000 personnes. 40 % des détenus sont dépressifs. Des mois d'attente sont nécessaires pour obtenir une consultation chez qu'il est parfois fatal. La prison accroît la désocialisation et génère des pathologies psychiques et somatiques. Le Conseil européen a déjà rappelé la France à l'ordre.

et même si la réforme de 1994 instituant l'intervention de l'hôpital de proximité en prison à travers des Unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) a amélioré l'accès aux soins, la situation reste alarmante. « *Le problème est surtout l'accès aux spécialistes, explique François Bès. En dehors des urgences, il faut faire des demandes par écrit et motivées. Tout le monde n'est pas en mesure de le faire. Par ailleurs, dans les maisons d'arrêt, les personnels soignants ne peuvent pas répondre aux demandes dans un délai satisfaisant, en raison de la surpopulation.* » L'OIP relate le cas de R.D., détenu victime d'une agression sexuelle le 12 juin 2006. L'Ucsa prescrit un traitement anti-hémorroïdaire qui ne donne pas de résultat. Début 2007, R.D. est reçu au CHU de Caen, qui diagnostique une déchirure anale, et programme une intervention pour juillet 2007. Elle sera annulée suite à un problème d'escorte, et reprogrammée quatre mois plus tard. L'intervention est à nouveau annulée, toujours faute d'escorte. R.D. ne sera opéré qu'au printemps 2008. Selon le rapport d'activité 2006 du centre pénitentiaire de Caen, sur 52 hospitalisations hors permission de sortir, trente ont été annulées et reportées : 67 % par la police, 3 % par la personne détenue, 20 % par le CHU et 3 % par l'Ucsa. Pour les consultations, les examens (radios, IRM...) et les interventions que ne peuvent assurer les Ucsa, il faut en effet organiser une « extraction » médicale avec escorte de surveillants de prison et de policiers. Cela demande régulièrement

des mois d'attente. Dentistes, kinés, psychiatres et psychologues sont censés, eux, intervenir dans la prison, mais ils sont en nombre insuffisant. Un détenu ne verra parfois son psy que cinq minutes tous les quinze jours. Des centaines de postes ne sont pas pourvus, faute de moyens, parfois faute de praticiens volontaires. « *La prison n'est pas le lieu le plus attractif* », souligne François Bès, qui raconte comment un ►

LA PRISON EN CHIFFRES

Nombre de détenus : 60 789

Nombre de places : 56 428

Proportion de détention préventive : 25 %

Femmes écrouées : 2 006 (3,3 %)

Mineurs écroués : 706 (1,2 %)

Nombre d'établissements à la densité :

- supérieure à 200 % : 5
- entre 150 % et 200 % : 18
- entre 120 % et 150 % : 52
- entre 100 % et 120 % : 35
- inférieure à 100 % : 127

Nombre de personnes :

- sous surveillance électronique : 5 237
- placées à l'extérieur : 981
- en semi-liberté : 1 551

(chiffres de l'administration pénitentiaire au 1^{er} septembre 2010)

- ▶ détenu de Nîmes ayant besoin de kinésithérapie à la suite d'une fracture a attendu huit mois son transfert à Fresnes. À son arrivée, le poste de kiné n'était plus pourvu. Il a fallu réopérer. *« Il faut relativiser cette difficulté d'accès aux soins en la remettant dans son contexte, estime Philippe Chassegros, chef de service de l'UHSI de Lyon, Unité hospitalière sécurisée interrégionale qui accueille les détenus en court et moyen séjour : la situation dans les hôpitaux publics se détériore de façon exponentielle, ce qui dégrade l'accès aux soins pour tous les Français, et donc pour les prisonniers. Le moindre service est à deux mois de délai pour une consultation ».* Cependant, les prisonniers pâtissent en plus de la rigidité des règles de sécurité.

Les normes sécuritaires drastiques handicapent l'accès aux soins

Même en temps normal, les interventions des Ucsa en prison sont en effet rendues longues et difficiles par le manque de souplesse de l'organisation : vérifications, grilles à franchir, escorte du détenu, etc. Parfois, les rendez-vous ne peuvent pas être tenus. Autre problème, dans les hôpitaux cette fois : les prisonniers sont souvent entravés pour passer une IRM ou subir une opération hors de l'aile sécurisée. *« Ces procédés trop systématiques, pour lesquels les surveillants reçoivent des consignes de leur direction, sont sources d'humiliation et de conflits avec les personnels médicaux, et donc d'annulations de consultations »,* explique François Bès. Pour le docteur Chassegros, *« les normes sécuritaires mises en place pour 1 % de détenus risquant de chercher à s'évader gênent tout le monde ».*

Enfin, le manque de moyens crée des situations critiques. Toutes les prisons n'ont pas, par exemple, de permanence médicale la nuit et le week-end. *« Si on nous appelle pour des maux de tête ou de ventre en pleine nuit, c'est à nous de prendre une décision, explique Céline Verzeletti. Et, la nuit, nous n'avons pas les clés des cellules. On discute à travers la porte, on observe à travers l'œilleton, pour éventuellement appeler la personne gradée de permanence qui, elle, a les clés. Ensuite seulement, nous décidons d'appeler ou non le SAMU. Le temps que les secours arrivent, passent les portes, cela prend un temps qui peut entraîner des complications, ou être fatal. »*

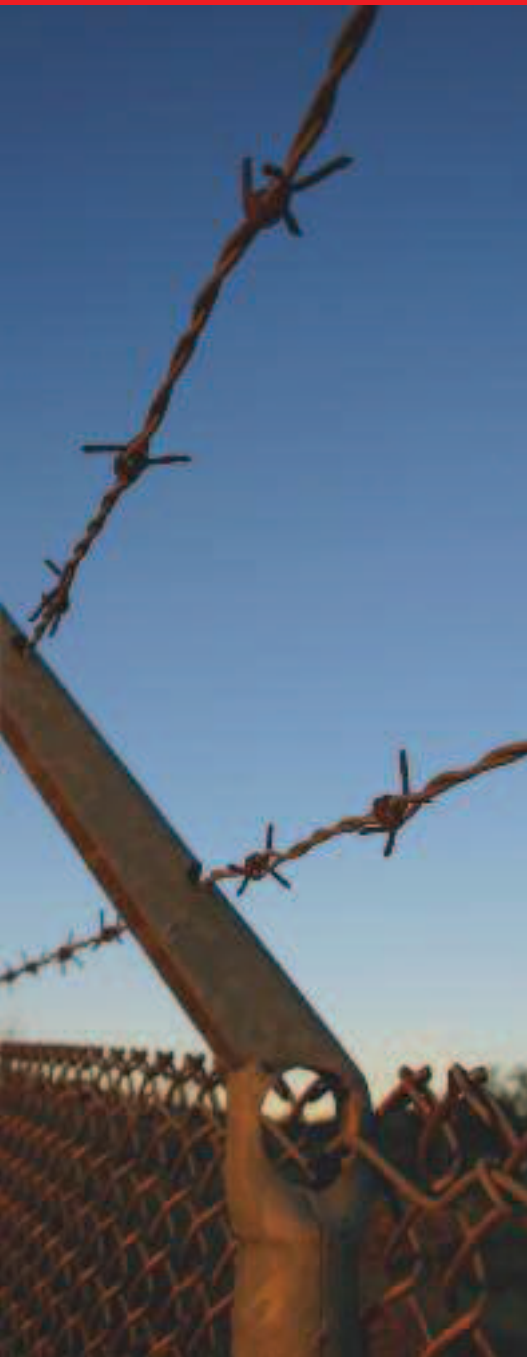
La situation dans chaque prison dépend des décisions des directeurs de prison et de la gestion des directeurs régionaux de l'administration pénitentiaire. *« C'est le royaume de l'arbitraire »,*

estime François Bès, de l'OIP. Trop souvent, les contacts avec l'extérieur sont découragés. Et en maisons d'arrêt, les détenus restent enfermés 22 ou 23 heures par jour, faute d'activités. *« Les prisons étant éloignées des centres-villes, les temps de trajet sont de plus en plus longs, et une fois sur place, il arrive que nous attendions une heure pour faire in fine vingt minutes d'intervention, explique Sacha Besuchet, vice-président du Genepi, association d'étudiants animant des ateliers pour des détenus. C'est démotivant. »* La députée socialiste de Gironde Michèle Delaunay, qui visite régulièrement les prisons de sa circonscription, rappelle que l'augmentation des activités prévue par la loi pénitentiaire de 2009 est restée lettre morte. Elle souligne aussi que le manque de gardiens empêche les détenus de passer davantage de temps hors de leur cellule, en promenade ou pour faire du sport. Sollicitée par *la Revue de la MFP*, l'administration pénitentiaire n'a pas souhaité répondre.

Que faire des psychotiques ?

Il devrait être évident que la place des malades psychiatriques n'est pas en prison : hôpitaux psychiatriques, unités pour malades difficiles, ou tout simplement aménagement de peine pour les moins dangereux pouvant être suivis par le secteur psychiatrique traditionnel. La réponse du gouvernement est tout autre. Non seulement il amalgame troubles psychiques et criminalité (voir *La Revue* n° 168), et privilégie la répression à la prévention, mais sa priorité semble être la construction d'hôpitaux-prisons, ces 17 Unités hospitalières spécialement aménagées dont la première a été inaugurée à Lyon. *« Ça ne couvrira pas les besoins, estime Céline Verzeletti. Il faut davantage de prévention à l'extérieur, et que les auteurs de délits soient envoyés dans des endroits où ils*





NOUVELLES PRISONS, FAUSSE SOLUTION ?

La construction de nouvelles prisons conduit généralement à enfermer davantage de personnes. Si l'on veut réduire la population carcérale il faut plutôt limiter l'usage de la détention préventive (25 % des détenus), placer les malades psychiatriques en institutions spécialisées et développer les peines alternatives (travaux d'intérêt général, semi-liberté, surveillance électronique...).

Certes, localement, de nouvelles prisons peuvent remplacer des bâtiments vétustes. Malheureusement, ces nouveaux établissements posent autant de problèmes qu'ils en résolvent. « Toutes les nouvelles prisons sont à l'écart des villes, note François Bès, de l'OIP. Cela rend encore plus difficile l'accès des familles, des associations, des avocats, ou des équipes médicales. » Or, 40 % des détenus ma-

trisent de façon très limitée le français, et 25 % ne savent même pas où loger à leur sortie.

De plus, ces nouvelles prisons très technologiques, automatisées, vidéosurveillées, sont conçues pour réduire le nombre de gardiens. Moins de personnel, c'est encore moins de lien social et d'humanité, et des temps de circulation souvent plus longs.

« La garde des Sceaux a le projet de faire de grandes prisons, c'est une erreur, indique le Dr Albrand. Il ne faut pas dépasser les 100 ou 150 places par établissement pour pouvoir séparer les vrais criminels des courtes peines, qui représentent 80 à 90 % des condamnations, pour préserver un contact avec les prisonniers et préparer un minimum leur réinsertion. »

Mais est-ce bien l'objectif prioritaire de l'administration pénitentiaire ?

peuvent être soignés». D'autant que ces malades déstabilisent la vie en prison et peuvent mettre les gardiens et les autres prisonniers en danger. En attendant, la chimie prend souvent le dessus sur la thérapie. Beaucoup de détenus, sous anxiolytiques ou antidépresseurs, deviennent de véritables « zombies ».

Un problème avant tout politique

Les ministres de la Justice et de la Santé ont annoncé en mai dernier un « Plan d'actions stratégiques pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues ». Mais ce plan prévoit surtout de continuer à analyser la situation, de définir de bonnes pratiques... et annonce peu de mesures concrètes. Surtout, on ignore

quels moyens seront attribués à ce plan.

L'action politique peut aussi émaner des parlementaires. « Il faut se rendre régulièrement dans les prisons pour voir si les propositions que nous faisons, en matière de formation ou d'amélioration des locaux, par exemple, sont suivies d'effet, explique Michèle Delaunay. Nos déplacements provoquent aussi des articles de journaux. Il faut être très présent, et cela peut donner des résultats. » Cependant, rien ne changera vraiment tant qu'un gouvernement ne décidera pas d'associer prévention et répression et d'accorder les moyens indispensables à permettre que la dignité des détenus soit respectée. Ce qu'une société démographique a le devoir de faire. ▀

Dante Sanjurjo

« Il faut humaniser
les prisons »



Louis Albrand, expert à la Cour d'Appel de Paris, a été conseiller technique au ministère de la Justice sous Albin Chalandon (1986), puis chargé de mission sous Rachida Dati (2007). Il a rédigé le rapport sur « La prévention du risque suicidaire en prison » remis au ministère en avril 2010.

ENTRETIEN AVEC ...

Louis Albrand, expert à la Cour d'Appel de Paris

Que nous dit le nombre de suicides dans les prisons françaises sur l'état de notre système carcéral ?

Dr Louis Albrand : Le taux de suicides en prison n'a cessé de progresser depuis vingt ans, ce qui montre clairement que toutes les mesures prises ont été comme un emplâtre sur une jambe de bois. Cette année, nous étions déjà fin septembre à 100 suicides, et nous risquons d'atteindre 140 suicides d'ici à la fin de l'année. Ce qui serait un nouveau record. Pourquoi sommes-nous les plus mauvais en Europe ?

En tant que président de la commission sur « La prévention du risque suicidaire en prison », quelles pistes avez-vous répertoriées ?

De manière générale, il faut humaniser les prisons, lutter contre la surpopulation, et améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus. La surpopulation carcérale est inadmissible. Il y a à l'heure actuelle environ 65 000 détenus pour 50 000 places. Il faut se rendre compte qu'il existe encore des cellules où un détenu mange pendant qu'un autre défèque, où l'on essaie de dormir malgré la radio qu'un co-détenu refuse d'éteindre. Les conditions de vie sont très dures.

Il faut aussi réduire l'isolement social des prisonniers : leur proposer du travail – moins de 10 % en bénéficient –, favoriser les activités sportives, et surtout, laisser entrer plus facilement les familles, les travailleurs sociaux, les associations, les visiteurs de prison, les aumôniers... Le problème est qu'en France on n'aime pas que les gens entrent dans les prisons. Autre point important : humaniser le mitard. Non seulement on y est à l'isolement, mais on n'y a même pas droit à la radio. Sur toutes ces questions, le législateur doit prendre ses responsabilités.

Que pensez-vous, à ce sujet, de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 ?

Elle est notoirement insuffisante. L'une de ses rares avancées est la réduction du mitard de 45 à 25 jours, qui était l'une des préconisations de mon rapport. Mais on ne fait rien pour réduire le choc carcéral des personnes découvrant la prison, même pour de courtes peines, alors que les suicides ont lieu le plus souvent à l'arrivée, et concernent beaucoup de primo-délinquants ne supportant pas ce choc. Mon rapport demandait que les parloirs pour les familles soient autorisés lors des quinze premiers jours de détention, et que le téléphone soit accessible dès la première semaine. Cela n'a pas été retenu. Les législateurs, de gauche comme de droite, sont

très conservateurs. Ils ne prennent pas de mesures efficaces, ou votent des lois hypocrites comme l'encellulement individuel, une mesure inapplicable faute de places.

N'existe-t-il pas de contre-pouvoir pour imposer des changements ?

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a un pouvoir de sensibilisation, mais aucun pouvoir d'induction. Et personne ne met une épée dans le dos de l'administration pénitentiaire car, en France, nous sommes dans une logique punitive. Il faut que les prisonniers en bavent.

Que dire de la prise en charge psychiatrique ?

25 % des détenus souffrent de troubles psychiatriques. Ces 15 000 malades ont-ils leur place en prison, où il manque des centaines de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques ? En outre, beaucoup de gens qui devraient être reconnus irresponsables sont depuis une dizaine d'années envoyés en prison.

Ensuite, gardiens et personnels soignants se parlent peu, et les gardiens ont besoin de formation pour évaluer les risques suicidaires, car une étude récente a montré que les trois quarts en sont incapables. Or, 40 % des détenus sont dépressifs et des centaines tentent de se suicider chaque année. Une dépression, c'est beaucoup de souffrance, et cette souffrance peut être atténuée, voire soignée. Les personnels pénitentiaires font un travail difficile et évitent déjà de nombreux drames, soulignons-le, mais il faudrait développer les groupes de paroles, étudier les cas de suicides pour en tirer les leçons, mettre en place des plans de prévention du suicide avec un suivi des détenus à risques et une attention redoublée lors de l'arrivée en prison, des transferts et de la fin de peine, surtout pour ceux qui n'ont pas de perspectives dehors.

Enfin, on hésite trop à transférer les malades en hôpital psychiatrique, et le règlement pénitentiaire rend les choses particulièrement difficiles. Ne pas soigner les personnes malades, c'est prendre le risque de les voir repartir à la dérive lorsqu'elles sortent. Le taux de récidive en France est de 45 %, le double de la moyenne européenne !

L'attitude des gardiens est-elle aussi en cause ?

Il faudrait sans aucun doute les former au respect de l'intimité et de la dignité humaine. Ne pas tutoyer systématiquement les détenus, arrêter de leur confisquer leurs lunettes de peur qu'ils ne les transforment en armes. Et puis redonner de l'espoir, parler sans arrêt de la sortie et la préparer, sinon les prisons deviennent des mouirois. Pour cela, il faut davantage de gardiens. Il est urgent d'organiser des états généraux de la prison, avec une réelle implication des politiques, du personnel soignant et de tous les intervenants.